

口。所有手术患者均应行胃造口术。由于患者胃壁已基本上完全丧失运动能力,尤其是胃壁肌层大部分或完全断裂,手术后长时间不能恢复,胃造口不但可以减压,而且可以避免长期带鼻胃管给患者带来的痛苦。(3)空肠造口。本组患者术后平均留置胃管25 d,其中1例长达60 d,营养、水电解质及酸碱平衡的维持十分困难。笔者认为,术中应常规行空肠营养造口,有利于维持患者的营养状态,并可避免肠外营养所致的许多并发症。

参考文献:

- [1] 常建星,姜骏,李莉,等. 急性胃扩张的诊治体会及认识的重要性(附2例报告)[J]. 岭南急诊医学杂志, 2004,9(4):273-274.
- [2] Todd SR, Marshall GT, Tyroch AH. Acute gastric dilatation revisited [J]. Am Surg, 2000,66(8):709-710.
- [3] Barada KA, Azar CR, Al-Kutoubi AO, et al. Massive gas-

tric dilatation after a single binge in an anorectic woman [J]. Int J Eat Disord, 2006, 39(2):166-169.

- [4] Sinicina I, Pankratz H, Buttner A, et al. Death due to neurogenic shock following gastric rupture in an anorexia nervosa patient [J]. Forensic Sci Int, 2005,155(1):7-12.
- [5] Holtkamp K, Mogharrebi R, Hanisch C, et al. Gastric dilatation in a girl with former obesity and atypical anorexia nervosa [J]. Int J Eat Disord, 2002,32(3):372-376.
- [6] Adson DE, Mitchell JE, Trenkner SW. The superior mesenteric artery syndrome and acute gastric dilatation in eating disorders: a report of two cases and a review of the literature [J]. Int J Eat Disord, 1997,21(2):103-114.
- [7] Lim JE, Duke GL, Eachempati SR. Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation, gastric wall pneumatosis, and portal venous gas [J]. Surgery, 2003,134(5):840-843.
- [8] 田万管,周宝林,孟庆义,等. 急性胃扩张临床治疗20例[J]. 中华医学杂志,1998,78(11):820.

文章编号:1005-6947(2008)04-0366-01

· 病案报告 ·

胃非霍奇金淋巴瘤合并间质瘤1例

王毅,刘岩,陈渊,郑向奎,段文都

(河北省保定市第三医院 外三科,河北 保定 071000)

关键词: 胃肿瘤;淋巴瘤,非霍奇金;病例报告

中图分类号:R 735.2 **文献标识码:**D

患者 患者男,72岁。因间断腹痛10个月加重伴恶心呕吐1个月入院。上消化道造影:胃窦部溃疡性病变,占位性病变更待除外。CT:胃幽门及十二指肠管壁增厚,胃小弯侧多发小结节。胃镜报告:胃角可见巨大溃疡,3.6 cm × 5.6 cm大小,被厚白苔,质地硬。病理检查示:黏膜组织呈慢性炎,伴炎性渗出及坏死组织。手术探查,术中见胃角前壁有一3 cm × 3 cm大小肿块,质硬,未侵透胃壁,周围组织无充血水肿。第3,4,5,6组淋巴结均肿大;胃大弯近胃底侧有一突出胃壁的1 cm × 1 cm大小小物,表面光滑,质软。考虑患者

年老、溃疡巨大及周围淋巴结肿大。决定行根治性胃远端大部分切除及毕I式吻合、同时行胃大弯肿瘤局部切除术。手术顺利。术后病理:(1)胃小弯侧:非霍奇金淋巴瘤(B细胞型)。肿瘤位于黏膜及黏膜下层,局部侵及浅肌层,上下切端及网膜(-),区域淋巴结累及8/18(胃小弯6/6,胃大弯2/11,6组0/1)。免疫组化:LCA(+),CD20(+),CD79a(-),CD3(-),CD45Ro(局部+),CK(上皮+)。(2)胃大弯肿瘤:间质瘤,肿瘤大小1 cm × 0.5 cm × 0.5 cm,未见核分裂。免疫组化:CD117(+),CD34(+),SMA(局灶+),Desmin(局灶+)。术后15 d行CHOP方案化疗,同时胃间质瘤未见核分裂,未予特殊处理,随诊观察。

讨论 非霍奇金氏病以高热或各系统症状发病^[1],有远处扩散和结外侵犯倾向。以颈部、纵隔淋巴结受累较多,胃肠道部位以小肠为多,其次为胃,结肠较少累及。临床表现有

腹痛、腹泻,症状可类似消化性溃疡^[2],治疗多以手术为主,术后辅以化疗及放疗。消化道间质瘤是一种非定向分化的间质瘤,是消化道独立一类间叶肿瘤^[3],2/3发生于胃,主要为胃体、胃窦。依次为:贲门、空肠、回肠、十二指肠、直肠、结肠。上消化道出血、便血,为最常见临床表现。诊治以手术彻底切除为主,术后辅以口服格列卫。原发于胃非霍奇金氏病和消化道间质瘤均非少见疾病,但两种疾病同时发生于同一患者且同一器官,实属罕见。查阅文献未曾查到相关报道。

参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1999. 1032.
- [2] 尹治然,顾翎龙,林言箴. 胃恶性淋巴瘤的诊治进展[J]. 中国实用外科杂志,1995,15(8):487-489.
- [3] 王全红. 胃肠间质瘤[J]. 肿瘤研究与临床杂志,1998,10(1):61-62.

收稿日期:2008-01-22。

作者简介:王毅,男,河北省保定市第三医院主治医师,主要从事腹部肿瘤外科方面的研究。

通讯作者:王毅 E-mail:wwwchenyuan@163.com